



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Romana Vegerbauerová

Ošetrovatelský proces u pacienta s jaterní cirhózou
Nursing process at the patient with liver cirrhosis

Bakalářská práce

Praha, únor 2009

Autor práce: Romana Vegerbauerová

Studijní program: Zdravotní vědy

Bakalářský studijní obor: Ošetrovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heřmanová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství

Datum a rok obhajoby: 30.3 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 26.2 2009

Romana Vegerbauerová

Poděkování

Děkuji za odborné vedení, připomínky a cenné rady Mgr. Janě Heřmanové a MUDr. Ivě Hoffmanové.

Únor 2009

.....

Romana Vegerbauerová

Obsah

1. ÚVOD	6
2. KLINICKÁ ČÁST	7
2.1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE JATER.....	7
<i>Metabolické funkce jater</i>	<i>7</i>
<i>Biotransformační funkce jater</i>	<i>8</i>
<i>Sekreční a exkretční funkce jater.....</i>	<i>8</i>
<i>Další funkce jater</i>	<i>9</i>
2.2. CIRHÓZA JATER.....	10
2.2.1. Etiologie	11
2.2.2. Klinický obraz jaterní cirhózy.....	12
2.2.3. Diagnostika jaterní cirhózy.....	12
2.2.4. Terapie	13
2.2.5. Prognóza alkoholové jaterní cirhózy	14
3. ÚDAJE O NEMOCNÉM.....	15
3.1. PRŮBĚH HOSPITALIZACE	16
4. SEZNAM POUŽITÝCH FARMAK PŘI LÉČBĚ NEMOCNÉHO	18
5. SOUHRN HOSPITALIZACE	23
6. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	24
6.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	25
6.2. MODEL MARJORY GORDON: MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ.....	26
6.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA K 4. DNI HOSPITALIZACE	27
6.4. AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY, STANOVENÉ 4. DEN HOSPITALIZACE:.....	30
6.4.1. Dušnost z důvodu objemného ascitu.....	30
6.4.2. Úzkost z důvodu obtížného dýchání.....	31
6.4.3. Bolest zad a břicha z důvodu existence tenzního, objemného ascitu.....	32
6.4.4. Ztížená pohyblivost z důvodu ascitu a otoků dolních končetin	33
6.4.5. Porucha sebezpečí v oblasti osobní hygieny z důvodu omezené pohyblivosti	34
6.4.6. Riziko pádu z důvodu zhoršené mobility pacienta	34
6.4.7. Nebezpečí vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů	35
7. EDUKACE PACIENTA O PREVENCI PÁDU A PŘÍPADNÉHO ZRANĚNÍ	37
8. HODNOCENÍ PSYCHICKÝCH POTŘEB PACIENTA.....	38
9. ZÁVĚR	39
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	40
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	41
SEZNAM PŘÍLOH	44
Příloha č.1 - Stavba jater	
Příloha č.2 - Stavba jaterního lalůčku	
Příloha č.3 - Portosystémové kolaterály při portální hypertenzi	
Příloha č.4 - Skórovací kritéria tíže jaterní cirhózy	
Příloha č.5 - Barthelův test všedních činností	
Příloha č.6 - Hodnocení rizika vzniku dekubitu podle Nortonové	
Příloha č.7 - Škála bolesti	
Příloha č.8 - Příklad diety užívané při onemocnění jater	

1. Úvod

Cílem mé práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacienta, který byl hospitalizován na metabolické jednotce s diagnózou jaterní cirhóza etylické etiologie.

V klinické části se věnuji základním poznatkům z anatomie a fyziologie. Poté přibližuji základní charakteristiku onemocnění, etiologii, patogenezi, nejčastější vyšetřovací metody používané k potvrzení diagnózy a následná terapeutická opatření. V závěru pak uvádím základní údaje o nemocném, okolnosti předcházející přijetí, podrobný průběh hospitalizace, léčebná opatření a souhrn průběhu hospitalizace.

Ošetrovatelská část mé práce popisuje poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu. Při hodnocení potřeb pacienta vycházím z ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy jsou vzhledem ke krátké době hospitalizace stanoveny jako aktuální a řazeny podle naléhavosti.

Následuje krátkodobý plán ošetrovatelské péče stanovený k 4. dni hospitalizace pacienta, popis realizace plánu a zhodnocení poskytnuté péče. Součástí ošetrovatelské části je také edukace pacienta o nově vzniklém riziku pádu a zhodnocení psychických potřeb pacienta.

V závěru shrnuji celý průběh hospitalizace. Práce je dále doplněna přílohami, jejichž cílem je lépe přiblížit některé údaje uvedené v textu.

2. Klinická část

2.1. Anatomie a fyziologie jater

Játra jsou největší exokrinní žlázou trávicího systému a celého těla. Váží 1300 – 1700 g a jsou uložena těsně pod pravou brániční klenbou. Jejich dolní okraj obvykle nepřesahuje oblouk žeberní. Člení se do čtyř laloků – lobi hepatis: pravý - lobus dexter, levý - lobus sinister, čtverhranný – lobus quadratus a lalok dolní duté žíly - lobus caudatus. Na spodní ploše jater se sbíhají do rýh ve tvaru H a mezi sebou svírají branku (porta hepatis). Jaterní branka je místem vstupu jaterní tepny a vrátnicové žíly a výstupu jaterních žlučovodů. Pod pravým jaterním obloukem je v mělkém lůžku uložen žlučník (vesica fellea). Je to vakovitý orgán, jehož úkolem je zahušťování a hromadění žluči. Vývod žlučníku (ductus cysticus) se napojuje na společný jaterní žlučovod (ductus hepaticus communis) a s ním tvoří ductus choledochus, který společně s vývodem pankreatu ústí do duodena.

Funkční a stavební jednotkou jater je pět až sedmiboký jaterní lalůček. Lalůček je tvořen jaterními buňkami (hepatocyty) uspořádanými do trámců, které se paprskovitě sbíhají k centrální žilce. Jaterní trámec sestává ze dvou řad těsně k sobě přiložených jaterních buněk. V prostorách mezi jednotlivými lalůčky probíhají jaterní tepénky, větvičky vrátnicové žíly a nejtenčí žlučovody.

Rozlišujeme dva typy cévního zásobení jater. Výživný (nutritivní) systém přivádí do jater krev bohatou na kyslík prostřednictvím jaterní tepny (arteria hepatica propria). Funkční (portální) systém přivádí krev obohacenou vstřebanými živinami z nepárových orgánů dutiny břišní. Tato krev přichází do jater vrátnicovou žílou (vena portae). Veškerá žilní krev je z jater odváděna jaterními žilami do dolní duté žíly (20).

Metabolické funkce jater

- Metabolismus cukrů

Játra udržují v těle rovnováhu glykémie. Při zvýšené glykémii se glukóza vychytává v játrech a přeměňuje se na glykogen; při nedostatku glukózy v krvi se glykogen začne odbourávat a uvolní glukózu do krve. Játra jsou také hlavním

orgánem glukoneogeneze, což je tvorba glukózy z jiných, než cukerných zdrojů (laktátu, aminokyselin, atd.)

- Metabolismus tuků

Tukový metabolismus probíhá v celém těle, ale v játrech s daleko vyšší intenzitou. S vysokou intenzitou zde probíhá β -oxidace mastných kyselin (k získání energie pro glukoneogenezi), vzniká zde většina fosfolipidů; játra jsou i místem biosyntézy cholesterolu.

- Metabolismus proteinů

Neprobíhá v jiné tkáni než v játrech. Vznikají zde bílkoviny nezbytné pro srážení krve, plasmatické bílkoviny (vyjma imunoglobulinů) a mohou zde vznikat aminokyseliny. V játrech se v době hladovění mohou přeměňovat proteiny na glukózu anebo v nadbytku na tuk. Játra ovlivňují poměr zásob bílkovin, tuků a cukrů a podle zásob cukrů, které mají klíčovou roli, řídí metabolismus ostatních živin.

- Metabolismus steroidů

V játrech vzniká většina cholesterolu, jenž je nezbytný pro tvorbu steroidních hormonů.

Biotransformační funkce jater

Játra přeměňují:

- látky, které v těle vznikly, ale již nejsou potřebné
- látky, které v těle vznikly, ale jsou pro organismus jedovaté (např. amoniak)
- látky tělu cizí

Sekreční a exkreční funkce jater

- Sekreční funkcí jater je myšlena schopnost tvořit žluč a vylučovat ji do střeva. S tvorbou žluči souvisí i funkce exkreční – do žluče se dostávají i látky, které nemají na trávení žádný vliv. Je pouze třeba, aby byly vyloučeny z těla.
- Játra vyprodukují 500 až 600 ml žluči během 24 hodin. Primární žluč se secernuje z hepatocytů do žlučových kanálků, poté prochází žlučovody do pravého a levého žlučovodu a odtéká společným žlučovodem do žlučníku. Ve žlučníku je žluč 5-20krát zahuštěna a po vhodném podnětu (např. uvolnění cholecystokininu) uvolňována do duodena.

Další funkce jater

- Rezervoár krve

Pokud dojde k poklesu krevního tlaku, krev se vyplavuje z jater do krevního řečiště.

- Termoregulace

Játra jsou nejteplejší orgán v těle, mají teplotu 40 – 41 °C. Teplo, které v nich vzniká, se uvolňuje a krví je rozváděno do dalších orgánů.

- Tvorba erytropoetinu

V játrech se tvoří přibližně 10% erytropoetinu, což je hormon řídící erytropoézu. Tvoří se zde také koagulační faktory (bílkoviny krevního srážení).

- Funkce imunitní

Kupfferovy buňky, uložené v jaterních sinusoidách, fungují jako tkáňové makrofágy.

- Orgán krvetvorby

Během fetálního období játra pracují jako krvetvorný orgán – tvoří se zde krevní elementy. Později játra tuto schopnost ztrácejí (19).

2.2. *Cirhóza jater*

Je onemocnění, při kterém vedle sebe probíhá nekróza, zánět, fibróza, uzlovitá regenerace a tvorba cévních anastomóz. To znamená, že původní stavba jaterní tkáně je značně pozměněna, vznikají pseudolalůčky obklopené vazivovou vrstvou. Následkem je porucha jaterních funkcí, vedoucí v konečném stadiu až k jaternímu selhání.

Morfologická klasifikace charakterizuje převládající vzhled jater. Podle toho lze cirhózu dělit na:

- a) mikronodulární cirhózu jater, charakterizovanou zrnitým vzhledem uzlů, majících méně než 3 mm v průměru
- b) makronodulární cirhózu, kdy jsou uzly velké často několik cm
- c) smíšený typ, přítomny jsou jak změny mikronodulární, tak makronodulární

Cirhotická přestavba jater značně mění průtok krve játry. Při zmnožení vaziva dochází k úbytku cévního prostoru v játrech, krev z portální žíly nemůže plynule procházet játry do jaterních žil a do dolní duté žíly. Dochází k venostáze v portální žíle před játry. Zde se tlak krve zvyšuje a krev odtéká cestami, které játra obcházejí. Tyto oběhové zkratky mezi portálním řečištěm a systémovou cirkulací se nazývají varixy. Nalézají se v dolní části jícnu a okolo kardie (jícnové varixy). Zkratky probíhají po cévách, které jsou normálně slabé, ale zde jsou silně rozšířené a náchylné k ruptuře (21). Krvácení z jícnových varixů často bývá smrtelnou komplikací jaterní cirhózy. Spojky se tvoří také v oblasti rekta.

Další komplikací cirhózy je ascites a otok. Poškozená játra netvoří dostatečné množství albuminu, proto dojde k poklesu onkotického tlaku plasmy a úniku tekutiny do intersticia a peritoneálního prostoru. Zde se tekutina hromadí, vzniká ascites a rozsáhlé otoky (anasarka).

Jaterní encefalopatie je pojem, pod který se zahrnují veškeré poruchy vědomí, chování, změny osobnosti a neurologické poruchy. Tyto změny jsou způsobeny v krvi nahromaděným amoniakem, který játra už nejsou schopna přeměnit na netoxickou močovinu. Amoniak a další toxické látky jsou schopny prostoupit

hematoencefalickou bariérou a působit na CNS. Rozlišujeme 4 stadia jaterní encefalopatie:

1. stupeň: mírná zmatenost, deprese či euforie, zpomalené myšlení, snížená pozornost
2. stupeň: letargie, spavost, změny osobnosti, přechodná dezorientace
3. stupeň: somnolence, dezorientace časem a místem, amnézie, nesrozumitelná řeč
4. stupeň: koma

Hepatocelulární karcinom je obvykle terminální komplikace jaterní cirhózy. Toto onemocnění má vysokou úmrtnost; většina pacientů se nedožije jednoho roku od stanovení diagnózy.

2.2.1. Etiologie

Vyvolávajícím faktorem cirhózy je zejména abúzus alkoholu. Vznik cirhózy je podmíněn denním užíváním alkoholu (u mužů asi 60-80g čistého alkoholu; u žen stačí dávka 20g) po dobu asi 10 let (13). Mezi další příčiny vzniku jaterní cirhózy patří virové hepatitidy, autoimunní onemocnění (primární biliární cirhóza), dědičná onemocnění (Wilsonova choroba, galaktosémie), účinky houbových jedů (phaloidin, amanitin), chemické toxické látky (organická rozpouštědla) a další.

Vzniku alkoholické cirhózy předcházejí hepatopatie, mezi něž patří alkoholická steatóza a alkoholická hepatitida. Alkoholická steatóza je nejčasnější projev poškození jaterní tkáně alkoholem. Je charakterizována zvýšeným hromaděním triacylglycerolů v cytoplasmě hepatocytů. Tato fáze je reverzibilní, při absolutní abstinenci alkoholu vymizí. Alkoholická hepatitida může proběhnout v několika formách: jako akutní alkoholická hepatitida s lehkým průběhem, nebo pod obrazem jaterního selhání. Průběh může být i letitý, chronický, kdy postupně dochází k rozvoji cirhózy.

2.2.2. Klinický obraz jaterní cirhózy

Klinické projevy jaterní cirhózy jsou velmi pestré, od bezpříznakového stavu až po obraz jaterního selhání. Přibližně 30 až 40% nemocných je bezpříznakových i deset a více roků (13). Rozeznáváme tyto formy:

- asymptomatická cirhóza
- kompenzovaná cirhóza má tyto příznaky: dyspeptický syndrom (bolest v pravém podžebří, meteorismus, nauzea, průjem, zácpa, říhání), ikterus, krvácivé projevy (hematomy, epistaxe), únava, malátnost, hepatosplenomegalie, pavoučkové névy
- dekompenzovaná cirhóza se kromě výše uvedených příznaků manifestuje: ascitem, portální hypertenzí (jícnové varixy, hemoroidy, caput medusae, pavoučkové névy), jaterní encefalopatií, subfebriliemi, paličkovitými prsty, bolestmi v kříži, u mužů dochází k atrofii varlat, impotenci

2.2.3. Diagnostika jaterní cirhózy

Objektivní nález:

- Ikterus – žluté zbarvení tkání, nejvíce patrné na pokožce, sliznicích a sklérách; u dekompenzované cirhózy je odstín žlutého zbarvení do oranžova
- Tmavé zbarvení moči – může mít až vzhled černého piva
- Pavoučkové névy – jsou to cévní ektázie o průměru do 2 cm, nacházejí se na hrudníku, krku, obličeji a horních končetinách
- Caput medusae – jedná se o viditelně rozšířené cévy v abdominální oblasti, tento příznak doprovází portální hypertenzi
- Změny ochlupení – prořidnutí až vymizení axilárního a pubického ochlupení
- Palmární erytém – červené zbarvení dlaní

- Hematomy v podkoží – jako klinický projev koagulopatie, doprovázející dekompenzovanou cirhózu
- Flapping tremor (asterixis) – jedná se o mávavé pohyby rukou
- Hepatomegalie, splenomegalie

Vyšetřovací metody:

- Laboratorní hodnoty krevních vyšetření – ALT, AST, ALP, bilirubin, GMT, cholesterol, KO, APTT, INR, elektroforéza sérových bílkovin (ELFO)
- Zobrazovací diagnostické metody – abdominální ultrasonografie, počítačová tomografie (CT), magnetická resonance (MRI), pozitronová emisní tomografie (PET), endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)

2.2.4. Terapie

Režimová opatření:

jaterní dieta (omezený přísun tuků, restrikce sodíku, dostatek vlákniny, ovoce a zeleniny), abstinence alkoholu, dostatečný odpočinek

Farmakologická léčba:

hepatoprotektiva

vitamíny zejména skupiny B, vitamíny A, C, E a koenzym Q10

antibiotika

prebiotika – složky potravy, jenž se v tlustém střevě účinkem bakteriálních enzymů štěpí na kyselinu mléčnou a další kyseliny – následkem toho dojde ke snížení pH střevního obsahu, změnám ve složení bakteriální flóry a snížené tvorbě amoniaku (lactulosa)

Nutriční podpora:

parenterální výživa- podávání glukózy (cílem je zabránit hypoglykémii vedoucí k poškození CNS), podávání rozvětvených aminokyselin (Nutramin VLI), při projevech jaterní encefalopatie je nutno omezit přísun bílkovin a enterální výživa je kontraindikována, dle stavu hydratace upravujeme přísun tekutin, minerálů a vitamínů

Transplantace jater

indikace této léčebné metody je u alkoholové jaterní cirhózy sporná, protože onemocnění si alkoholik způsobil sám a zůstává otázkou, nakolik bude schopen abstinovat a dodržovat imunosupresivní léčbu

2.2.5. Prognóza alkoholové jaterní cirhózy

Prognóza pacientů s alkoholickou jaterní cirhózou je lepší než prognóza pacientů s cirhózou jiné etiologie – pokud se nemocný ovšem rozhodne abstinovat. Bylo prokázáno pětileté přežití nemocných se symptomatickou alkoholickou cirhózou v průměru u 50% nemocných. Pokud se rozhodli abstinovat, pětileté přežití bylo u 69 % pacientů. Druhým faktorem, určujícím délku a kvalitu života je úroveň prevence a léčby komplikací. Délku přežití ovlivňuje také případná koinfekce HCV, hepatocelulární karcinom a výskyt mimojaterních komplikací - chronická pankreatitida, karcinom pankreatu, vředová choroba gastroduodena a další. (7)

3. Údaje o nemocném

Muž B. Z., byl přijat s dg. **alkoholická cirhóza jater** na interní kliniku fakultní nemocnice.

Lékařská diagnóza:

- alkoholická cirhóza jater, primomanifestace
- ikterus, anasarka, ascites, encefalopatie, koagulopatie
- portální hypertenze – jícnové varixy 1. stupně dle Paqueta
- diabetes mellitus 2. typu na PAD, t. č. bez terapie
- arteriální hypertenze 1. st. dle WHO

RA:

Matka zemřela v 61 letech na karcinom žaludku, otec zemřel v 55 letech na karcinom hrtanu, dva bratři už také zemřeli, ale neví na co, další bratr zdrav.

OA:

Nemocný prodělal běžné dětské nemoci. V roce 1999 zjištěn diabetes mellitus 2. typu, ICHS a arteriální hypertenze. Od roku 2000 dokumentována jaterní steatóza.

Alergie: neudává

Sociální anamnéza:

Pacient žije sám v malém družstevním bytě po rodičích.

Pracuje jako řezník, nedaleko svého bydliště.

3.1. Průběh hospitalizace

Pan B.Z. byl 10.10 2008 přijat cestou interního žurnálu na standardní lůžkové oddělení interní kliniky.

Nemocný byl vyšetřen pro týden trvající ikterus a postupný nárůst objemu břicha a otoků dolních končetin. Předešlý týden byl pacient vyšetřen na Infekční klinice k vyloučení infekčních hepatitid. Pan B. udával, že nikdy dříve podobné obtíže neměl. Za poslední týdny přibral cca 20 kg. Je mírně námahově dušný. Zvýšenou tělesnou teplotu neměl, chuť k jídlu dobrá, nezvracel, stolice byla pravidelná, světlá. Při přijetí na oddělení další obtíže neudával.

Dne 20. 10. byl pacient přeložen na metabolickou jednotku na monitorované lůžko z důvodu výrazného zhoršení laboratorních testů (progrese jaterních testů), oligurie a hypotenze. Pan B. byl soběstačný, klidný a orientovaný. Stěžoval si na zvětšující se břicho a námahovou dušnost.

Nemocnému byly podány dvě mražené plasmy, poté zaveden dvoucestný centrální žilní katetr a nasazena parenterální výživa. Podle laboratorního nálezu je hladina celk. bilirubinu 456,7 $\mu\text{mol/l}$, konjugovaného bilirubinu 142 $\mu\text{mol/l}$, ALT 1,15 μkat , AST 2,87 $\mu\text{kat/l}$, GMT 1,54 $\mu\text{kat/l}$, urey 28,01 mmol/l a CRP 67,16 mg/l . Hodnota pH je 7,346, pO_2 9,38 kPa, pCO_2 3,63 kPa, HCO_3^- 14,5 mmol/l . Hodnota INR je 2.04, APTT 52,6 sec. Množství moči 1100 ml/12 hod.

21. 10. se pacient cítil unavený, obtěžoval ho tlak v břiše. Obvod břicha měřen dvakrát denně (ráno 140 cm, večer 137 cm). Provedena punkce ascitu (5 200 ml), tekutina odeslána na kultivaci a k vyšetření krevních elementů. Kontrolní odběry krve prokázaly další elevaci hodnot jaterních testů, urey a kreatininu. Během 24 hod měl pacient 6krát průjmovitou stolici. Výdej moči 4 700 ml/24 hod. Pro nízký tlak pod 90/50 zahájena léčba remestypem a pro podporu diurézy – i. v. diuretika.

22. 10. si pacient stěžoval na únavu a přetrvávající průjem – 18 stolic/24 hod. Odebrány vzorky stolice na bakteriologické vyšetření. Laboratorní hodnoty téměř beze změn.

23. 10. se pan B. cítil lépe, dýchal se mu dobře, postupně i regrese průjmu (9 stolic/24 hod). Přetrvával masivní ascites, v místě punkce ascitu přiložen stomický sáček, který odvedl 150 ml za 24 hod. Pacient vymočil 1 600 ml/24 hod.

24. 10. v dopoledních hodinách pacient svůj stav hodnotil jako beze změn, dýchalo se mu dobře. Obvod břicha 135 cm. Biochemické vyšetření krevního séra prokázalo další zvýšení hodnot jaterních testů (ALT 1,44 μ kat/l, AST 3,37 μ kat/l, GMT 1,64 μ kat/l, celkový bilirubin 526,6 μ mol/l, bilirubin konjugovaný 151,10 μ mol/l, urea 35,41 mmol/l, kreatinin 166 mmol/l). V 10 hod došlo k poklesu TK (85/50), nasazen kontinuálně Tensamin. Ve 13 hod začal pacient pociťovat dušnost, saturace kyslíku byla 97%. Ve 20 hod došlo k hemateméze (500 ml tmavě červené krve bez koagul), poklesu TK (80/40 a méně) a diurézy (20 ml/hod). Zvýšeny dávky Remestypu a podán 10% Haes.

25. 10. 3,15 hod: i přes plnou léčbu jaterního selhání (dochází k progresi stavu - pokles TK, porucha vědomí, progrese ascitu, zvýšení hladin bilirubinu a ALT, AST, koagulopatii, zvýšení INR a zhoršení ledvinných funkcí (pokles diurézy, zvýšení hodnot kreatininu a urey) a v závěru i k terminálnímu krvácení do trávicí trubice z jícnových varixů – podány plasmaexpandéry a posílena vasoaktivní léčba; dochází k asystolii a exitu letális. Resuscitace nebyla zahájena s ohledem na celkový stav nemocného, kdy nedošlo ke zlepšení stavu i přes veškerou léčbu dle guidellines.

Pan B.Z. zemřel v 7.15.

4. Seznam použitých farmak při léčbě nemocného

Remestyp inj.

Indikační skupina: vasokonstringens

Účinná látka: terlipressin

Charakteristika: syntetický analog vasopresinu (má potlačenou antidiuretickou aktivitu), má výrazný vasokonstrikční účinek a protikrvácivý efekt

Kontraindikace: 1. trimestr gravidity, epilepsie

NÚ: pouze ojediněle

Úkoly sestry: dodržet způsob skladování – přípravek se uchovává při teplotě 2-8 °C, nutno chránit před světlem, aplikace i. v., obvykle ve formě bolu

Tensamin inj.

Indikační skupina: sympatomimetikum

Účinná látka: dopamin

Charakteristika: zvyšuje průtok krve ledvinami, mezenteriálním a koronárním řečištěm, tepová frekvence a krevní tlak nejsou při podávání nízkých dávek významnou měrou ovlivněny

Kontraindikace: feochromocytom

NÚ: malé dávky zvyšují diurézu i při hraničním perfúzním tlaku (což může zakrýt závažný stav), vyšší a vysoké dávky vyvolávají tachykardii, palpitace, bolest hlavy, nauzeu a zvracení

Úkoly sestry: sledovat místo zavedení kanyly - při déletrvajícím podávání do periferní žíly může vzniknout nekróza okolní tkáně; přípravek nesmí být aplikován neředěný, podává se pouze formou kapénkové infúze přes volumetrické infúzní pumpy, připravený roztok je nutno chránit před světlem; v průběhu infúze musí sestra průběžně sledovat stav pacienta – pravidelné kontroly TK, P, diurézy

Humulin R inj.

Indikační skupina: antidiabetikum

Účinná látka: inzulín

Charakteristika: přípravek snižuje hladinu krevního cukru, k nástupu účinku při nitrožilním podání dochází okamžitě a trvá asi 20-30 minut, při podkožní aplikaci po 20-30 min. a maximum účinku je mezi 1-3 hodinami po podání

Kontraindikace: hypoglykémie

NÚ: málo pravděpodobné, může se objevit zarudnutí a svědění v místě vpichu; při neodpovídající dávce může dojít k projevům hypoglykémie nebo hyperglykémie

Úkoly sestry: dodržet způsob skladování – přípravek se uchovává při teplotě 2-8 °C; dodržet způsob a rychlost podání (rychlost intravenózního podání se koriguje podle hladiny glykémie)

Furosemid Forte inj.

Indikační skupina: diuretikum, antihypertenzivum

Účinná látka: furosemid

Charakteristika: furosemid patří mezi kličková diuretika – působící v Henleově kličce, má silné diuretické působení; má též vasodilatační účinek, kterým se snižuje předtížení

Kontraindikace: akutní glomerulonefritida, akutní renální selhání, jaterní koma, těžká hypokalémie a hyponatrémie

NÚ: nadměrná diuréza může vyvolat prudký pokles TK, hyponatrémii, hypokalémii (velké ztráty draslíku mohou vyvolat paralytický ileus a poruchy vědomí)

Úkoly sestry: přípravek se nesmí mísit s jinými léky v téže stříkačce, připravený roztok nutno chránit před světlem

Helicid inj.

Indikační skupina: antiulcerosum

Účinná látka: omeprazol

Charakteristika: inhibitor protonové pumpy – tlumí sekreci HCl

NÚ: ojedinele, velmi dobře snášen

Úkoly sestry: skladování do 25 °C, vnitřní lahvičku chránit před světlem

Kanavit inj.

Indikační skupina: vitamín K

Účinná látka: phytomenadion

Charakteristika: důležitá úloha v procesu tvorby koagulačních faktorů v játrech

NÚ: minimální

Úkoly sestry: ampulky chránit před světlem

Aldactone inj.

Indikační skupina: diuretikum, antagonist aldosteronu

Účinná látka: kankreonát

Charakteristika: přípravek působí v distálním tubulu; patří mezi relativně slabá diuretika, jejichž hlavní předností je to, že snižují ztráty draslíku

Kontraindikace: renální insuficience s anurií, hyperkalémie

NÚ: alergické kožní projevy

Úkol sestry: ampulky chránit před světlem

Multibionta inj.

Indikační skupina: polyvitamínový přípravek

Účinná látka: vitamín A, vitamíny skupiny B, vitamín C, E

Charakteristika: substituce vitamínů v rámci parenterální výživy při onemocnění jater

NÚ: obvykle dobře snášen, může se objevit přecitlivělost na některé složky

Úkoly sestry: skladovat při teplotě do 8 °C bez přístupu světla, k zabránění vzniku pěny se nemá s infúzním roztokem po přidání Multibionty třepat, ale pouze lehce otáčet, infúze by měla být podávána alespoň 4 hodiny

Haes 10%

Indikační skupina: náhrada plazmy

Účinná látka: hydroxyethylškrob

Charakteristika: náhrada cirkulujícího oběhu krve, léčba hypovolémie

Kontraindikace: těžká srdeční insuficience, poruchy krevní srážlivosti

NÚ: anafylaktická reakce

Úkoly sestry: bez zvláštních opatření

Vasocardin 50mg tbl.

Indikační skupina: kardioselektivní betalytikum

Účinná látka: metoprolol

Charakteristika: u hypertoniků snižuje systolický TK, redukuje spotřebu kyslíku myokardem, což má pozitivní vliv při dlouhodobé léčbě angíny pectoris

Kontraindikace: významná bradykardie, hypotenze, kardiální insuficience

Úkol sestry: skladovat v suchu při teplotě do 25°C, chránit před světlem

Calcium carbonicum 0,5 tbl.

Indikační skupina: kalciový přípravek

Účinná látka: calcii carbonas

Charakteristika: substituce vápníku

Kontraindikace: hyperkalcémie, nefrolitiáza, cholecystolitiáza

Úkoly sestry: tablety chránit před světlem

Reasec 2,5 mg tbl.

Indikační skupina: antidiaroidikum, antipropulzívum

Účinná látka: diphenoxylati hydrochloridum, atropini sulfas monohydricus

Charakteristika: snižuje peristaltiku tenkého i tlustého střeva, zpomaluje střevní peristaltiku

Kontraindikace: léčba akutních průjmů pravděpodobně infekčního původu, ulcerózní kolitida, průjmy při infekcích bakteriemi produkujícími enterotoxin (Shigella, Salmonella)

NÚ: nervové poruchy (ztráta citlivosti končetin, zmatenost, únava, spavost, bolesti hlavy); alergické reakce, gastrointestinální poruchy (nauzea, zvracení, nechutenství)

Úkol sestry: přípravek nevyžaduje zvláštní zacházení

Codein 15 mg tbl.

Indikační skupina: antitusikum kodeinového typu

Účinná látka: kodein

Charakteristika: centrální mechanismus účinku, snižuje citlivost centra pro kašel, má i analgetické účinky

Kontraindikace: ztížená expektorace, průjmy při intoxikacích a membranozní kolitidě

NÚ: zácpa, nauzea, zvracení, útlum dechového centra, vznik lékové závislosti

Úkoly sestry: chránit před světlem

Thiamin tbl.

Indikační skupina: vitamín

Účinná látka: thiamini hydrochloridum

Charakteristika: substituce vitamínu B1, jehož nedostatek se projevuje nechutenstvím, únavností, poklesem TK, závratěmi, svalovými bolestmi, změnami EKG

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku

NÚ: velmi zřídka

Úkoly sestry: tablety chránit před světlem

5. Souhrn hospitalizace

Na oddělení metabolické jednotky byl pacient přeložen ze standardního lůžkového oddělení interní kliniky téže nemocnice.

Při příjmu byl pacient při vědomí, klidný a soběstačný. Z důvodu objemného ascitu byl námahou dušný. Laboratorně byly opakovaně prokazovány vysoké hodnoty jaterních testů a dusíkatých metabolitů. Pacientovi byl zaveden CŽK a nasazena parenterální výživa. Byla provedena odlehčovací punkce ascitu.

Čtvrtý den hospitalizace došlo u pacienta k progresi onemocnění, hypotenzi, oligurii a krvácení do zažívacího traktu.

Pátý den hospitalizace pacient přes plnou léčbu svého onemocnění umírá.

6. Ošetrovatelská část

Tato část práce je věnovaná poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu. Při hodnocení potřeb pacienta vycházím z modelu Marjory Gordonové.

Pro stanovení krátkodobého plánu ošetrovatelské péče jsem si vybrala 4. den hospitalizace pacienta, kdy u něho došlo k náhlému zhoršení celkového stavu.

Aktuální diagnózy jsem stanovila po dohodě s pacientem na základě vyhodnocení získaných informací a seřadila je podle naléhavosti, s jakou je třeba problémy nemocného řešit.

Dále uvádím popis edukace pacienta o nově vzniklém riziku pádu a hodnocení psychických potřeb pacienta.

6.1. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základní metodický rámec pro realizaci cílů ošetrovatelství. Umožňuje systematický individualizovaný přístup k ošetrování každého nemocného. Jedná se o logickou metodu poskytování ošetrovatelské péče, probíhající v následujících fázích:

- zhodnocení nemocného
- stanovení ošetrovatelské diagnózy
- plánování ošetrovatelské péče
- provedení navržených opatření
- zhodnocení efektu poskytnuté péče

Zhodnocením nemocného máme na mysli zjištění „kdo je můj pacient“. Tyto údaje se dozvíme z ošetrovatelské anamnézy, což jsou informace z minulosti nemocného, potřebné ke stanovení ošetrovatelské diagnózy, z rozhovoru, pozorování a použitím měřících technik (např. Barthelův test základních všedních činností, Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle stupnice Nortonové).

Ošetrovatelská diagnóza je rozhodnutí o ošetrovatelském problému, stanoveném sestrou. Ošetrovatelským problémem může je cokoliv, co pacienta trápí, něco, co narušuje úroveň života, na jakou je navyklý. Může se to týkat nejen pacienta samotného, ale i jeho blízkých, případně sestry. Rozeznáváme diagnózy aktuální – problém, který má pacient nyní; a diagnózy potenciální, definující problém, jenž ještě nenastal, ale pravděpodobnost jeho vzniku je vysoká. Na závěr je třeba diagnózy seřadit podle naléhavosti a pořadí, v jakém budou řešeny.

Další fází ošetrovatelského procesu je vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče, to znamená, co sestra může pro pacienta udělat. Jedná se o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče a návrhů na jejich realizaci. Tyto cíle vyplývají z ošetrovatelských diagnóz. Optimální je, pokud je plán vypracován ve spolupráci s nemocným a jeho rodinou.

Následuje realizace ošetrovatelského plánu, což jsou samotné úkony prováděné sestrou samostatně nebo ve spolupráci s dalšími členy ošetrovatelského týmu.

Při hodnocení efektu poskytnuté péče je důležité se ptát: „Pomohla jsem pacientovi?“. Dále je nutno zhodnotit, zda bylo dosaženo plánovaného cíle.

Pokud ne, je třeba získat další informace o nemocném, zrevidovat předešlé kroky ošetrovatelského procesu a naplánovat další péči.

Základní myšlenky ošetrovatelského procesu nejsou nové, sestra je každodenně užívá při své práci. Mnohdy však získané informace a provedené činnosti nejsou řádně a systematicky zaznamenávané a zhodnocené. Proto nedílnou součástí ošetrovatelského procesu je také ošetrovatelská dokumentace (26, 27).

6.2. Model Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví

Model vznikl v 80. letech 20. století v USA. Jeho autorkou je profesorka ošetrovatelství paní Marjory Gordonová.

M. Gordonová určila dvanáct oblastí, které pojmenovala jako funkční vzorce zdraví, přičemž vzorcem rozumíme úsek chování jedince v určitém čase. Každý z těchto vzorců vyjadřuje informaci o konkrétní části pacientova zdravotního stavu. Tyto vzorce mohou být funkční nebo dysfunkční. Dysfunkční vzorec ukazuje na aktuální projev onemocnění, může též být znakem potenciálního problému. Pokud sestra nalezne dysfunkční vzorec, stanoví ošetrovatelskou diagnózu a pokračuje v dalších fázích ošetrovatelského procesu (18).

Dvanáct vzorců zdraví Marjory Gordonové zahrnuje tyto oblasti:

1. vnímání zdraví a aktivity k udržení zdraví
2. výživa a metabolismus
3. vylučování
4. aktivita, cvičení
5. spánek, odpočinek
6. vnímání, poznávání
7. sebepojetí a sebeúcta
8. plnění rolí, mezilidské vztahy
9. reprodukční schopnost, sexualita
10. zátěžové situace, stres a jejich zvládání
11. víra, životní hodnoty, přesvědčení
12. jiné – důležité informace, které nespadají do výše uvedených oblastí

6.3. Ošetrovatelská anamnéza k 4. dni hospitalizace

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

B.Z. až do roku 1999 vážněji nestonal, v tomto roce zjištěna arteriální hypertenze a diabetes mellitus 2. typu. Pacient pravidelně užívá předepsané léky a dochází na kontroly ke své praktické lékařce. Přesto, že trpí nadváhou, není zvyklý cvičit, nechodí ani na procházky, co nejvíce využívá Městskou hromadnou dopravu.

Nyní mu dělá starosti jeho současný zdravotní stav a především velký váhový přírůstek. Zároveň si je vědom i své zhoršující se mobility z důvodu rychle se zvětšujícího objemu břicha a otoku dolních končetin.

Výživa a metabolismus

B.Z. pracuje jako řezník, takže často konzumuje nadměrné množství uzenin. Dodržuje diabetickou dietu, jak nejlépe dovede. Je rád, že mu nechutnají sladkosti, takže si nepřipadá v jídle omezený. Snaží se jíst dostatek zeleniny. Sám pro sebe si nevaří, teplé jídlo má málokdy. Tekutin vypije necelý litr za den, k tomu každý den 1-2 piva.

Pacient byl po přijetí na naše oddělení zvážen a změřen (128 kg/ 169 cm), výsledná hodnota BMI 45 nebyla považována za plně objektivní vzhledem k ascitu a výrazným otokům. Pan B. sám udává, že za poslední týdny rychle přibral asi 20 kg.

Pacient má dietu 9/4. Nemocniční strava mu chutná, jí vsedě na lůžku bez pomoci personálu. Nechává si ve stánku kupovat zeleninu. Jako doplněk stravy denně popíjí 1 Fortimel.

Lékař naordinoval parenterální výživu.

Pokožka pacienta má syté ikterické zbarvení, na trupu jsou malé pavoučkové névy a drobné hematomy. Na pravém boku a pravém bérce je stržená kůže.

Vylučování

Pacient má od počátku hospitalizace zavedený permanentní katetr. Nemocný ho toleruje dobře, bere to jako součást léčby. Po celou dobu zavedení katetru nebyl v mikrobiologickém rozboru moče prokázán žádný patologický nález.

Stolice je nyní průjemovitá až 10krát denně, malého množství, světlá, bez příměsí krve. Pacient se vyprazdňoval na křesle vedle lůžka, dnes z důvodu zhoršeného stavu poprvé ve zvýšené poloze vleže na podložní míse v lůžku.

Aktivita, cvičení

V den přijetí na naše oddělení byl pan B. podle Barthelova testu všedních činností hodnocen 90 body jako lehce závislý na okolní pomoci. Dnešní skóre je 65 bodů.

Pacient se cítí velmi omezen svou dušností. Z důvodu zhoršení celkového stavu dnes pan B. nebyl ve sprše a hygienickou péči provedl s mírnou dopomocí na lůžku. Netroufá si na sezení v křesle, je rozhodnutý dnes setrvat celý den na lůžku.

Spánek a odpočinek

Doma neměl pacient nikdy problémy se spánkem, v nemocnici trpí narušeným spánkem. Není zvyklý na trvalou přítomnost dalších lidí a ruší ho provoz monitorovacích zařízení a infúzních pump. Usínání mu ztěžují také myšlenky na to, jak to s ním bude dál.

Během dne nespí, čte si časopisy nebo jen přemýšlí. Návštěvy za ním žádné nechodí.

Vnímání, poznávání

B.Z. je orientován časem i místem, na otázky odpovídá jednoduše, s odpovědí neváhá. Dobře spolupracuje. Nemá žádné problémy se zrakem ani se sluchem.

Sebekoncepce a sebeúcta

Pan B. na první pohled působí klidně a vyrovnaně, má důvěru v lékaře a věří, že vše se zase zlepší. Přesto si velmi dobře uvědomuje svůj zhoršující se stav. O svých obavách ochotně a pravdivě vypráví.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient žije sám, oba rodiče zemřeli poměrně mladí na rakovinu, dva bratři zemřeli také. S třetím bratrem se nestýká, o důvodech nechce hovořit. Blízké přátele nemá, do dokumentace jako kontaktní osobu uvedl svého zaměstnavatele.

Sexualita, reprodukční schopnost

Pan B. je bezdětný, přítelkyni nemá. Vzhledem k trvalé přítomnosti dalších pacientů jsem se podrobněji neptala.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Zátěžové situace zvládá sám, dle svých slov se všechno snaží brát tak, že jak to přijde, tak to zase odejde. Svůj současný život považuje za klidný, v práci je spokojený. Nekouří, denně pije 1-2 piva pro chuť, což mu v nemocnici trochu chybí.

Víra, přesvědčení, hodnoty

Pacient se k žádné víře nehlásí, je si jistý, že služeb nemocničního kaplana nevyužije. Nyní je pro něho nejdůležitější se uzdravit.

6.4. Aktuální ošetrovatelské diagnózy, stanovené 4. den hospitalizace:

6.4.1. Dušnost z důvodu objemného ascitu

Cíl:

zmírnění dušnosti, pacient vydrží ležet v lůžku 30 minut

Plán:

- zajistit nemocnému zvýšenou polohu v lůžku
- upravit lůžko nemocného tak, aby nedocházelo k nežádoucímu sesuvu pacienta
- podávání zvlhčeného kyslíku
- sledovat průběžně hmotnost nemocného a otoky
- sledovat u pacienta příjem a výdej tekutin

Realizace a hodnocení:

Dýchání pacienta jsem vyhodnotila jako tachypnoické a mělké. Saturace kyslíku (SaO₂) byla 97%. Přesto, že při této hodnotě SaO₂ není potřeba oxygenoterapie, rozhodla jsem se pro podávání zvlhčeného kyslíku kyslíkovými brýlemi kvůli zmírnění pacientových subjektivních obtíží.

Horní část lůžka jsem zvýšila do úhlu 45° a do dolní části lůžka umístila polohovací krychli, jenž měla zabránit nežádoucímu sesuvu pacienta. Dálkové ovládání lůžka jsem umístila na dosah pacienta.

Poučila jsem pacienta o nutnosti omezení příjmu tekutin (1000ml/24 h) a připravila na jeho stolek odměrku o objemu 500 ml. Tak měl nemocný stále přehled, jaké množství tekutin už vypil a zda se musí omezit. Kontrolu výdeje moči jsem zpřesnila použitím močového systému pro sledování hodinové diurézy.

Dvakrát denně jsem měřila obvod pasu nemocného. Během 12 hodin došlo ke zvětšení obvodu pasu o 3 cm. Hmotnost pacienta jsem nehodnotila, neboť pacient nebyl vzhledem k svému stavu schopen opustit lůžko a postavit se na váhu.

Hodnocení:

Po úpravě lůžka se zlepšila stabilita pacienta v lůžku, cca 10 min ležel ve zvýšené poloze v klidu, bez nežádoucích posunů do dolní části lůžka. Poté si sám zvedl horní část lůžka opět do úhlu 90°, neboť se mu dýchalo stále obtížněji.

Oxygenoterapii snášel dobře, subjektivně měl pocit, že se mu dýchá o něco lépe, dle svých slov byl rád, že s ním „něco dělá“.

Nutnost omezení příjmu tekutin pacient pochopil a dodržel.

6.4.2. Úzkost z důvodu obtížného dýchání

Cíl:

pacient během mé služby pochopí příčiny své dušnosti

Plán:

- pomoci pacientovi pochopit příčiny jeho dušnosti
- rozhovor s pacientem o tom, jak se cítí
- pomoci pacientovi získat částečnou kontrolu nad svou dušností
- pomoci pacientovi nalézt polohu, ve které se mu bude lépe dýchat

Realizace:

Nejprve jsem zprostředkovala podrobný rozhovor pacienta s ošetřujícím lékařem, abych vyloučila případný nedostatek informací u nemocného. Poté jsem si s pomocí kolegyň zorganizovala dostatek času na rozhovor s pacientem o tom, jak se cítí. Během tohoto rozhovoru jsem mu také nabídla možnost využít služeb nemocničního kaplana.

Pacientovi jsem ukázala, jak zaujmout ortopnoickou polohu při zhoršení dušnosti. V této poloze se také nemocný snažil pravidelně, klidně a zhluboka dýchat s pomalým nádechem a spontánním výdechem.

Hodnocení:

Pacient dobře spolupracoval, cítil se klidnější. Po rozhovoru s lékařem si ponechal čas na přemýšlení o své nemoci a poté mi ochotně a pravdivě vyprávěl o svých starostech ohledně zdravotního stavu. Měl plnou důvěru v léčbu a ošetřující personál. Služby duchovního odmítl.

6.4.3. Bolest zad a břicha z důvodu existence tenzního, objemného ascitu

Cíl:

snížení bolesti z intenzity 5 na 1 (vlastní hodnocení pacienta podle škály bolesti) během 2 hodin

Plán:

- mírnit bolest analgetiky dle ordinace lékaře
- nalézt jiné způsoby úlevy od bolesti, než jsou analgetika
- hovořit s nemocným o jeho bolesti

Realizace:

Po identifikaci intenzity bolesti dle škály bolesti jsem uvědomila lékaře, jenž naordinoval analgetika.

K řešení pacientových obtíží jsem přizvala fyzioterapeutku, která nemocnému provedla masáž zad.

Během své směny jsem pacientovi na vyžádání aplikovala na záda mentolový masážní krém.

Hodnocení:

Pacient odmítl naordinovaná analgetika, po masáži se cítil lépe. Bolest se nepodařilo snížit na pacientem požadovanou intenzitu – hodnotil ji čísly 2-3. Podle svých slov si na ni zvykl. Vzhledem k základnímu onemocnění se analgetika jeví jako jediné schůdné řešení pro odstranění bolesti.

Pan B. uvítal můj zájem o jeho bolesti, ochotně referoval o svých pocitech a drobných změnách polohy, u kterých vysledoval dočasnou úlevu.

6.4.4. Ztížená pohyblivost z důvodu ascitu a otoků dolních končetin

Cíl:

pacient se během dopoledne naučí bezpečně změnit polohu podle svých potřeb

Plán:

- zhodnotit schopnosti pacienta
- zajistit bezpečné okolí lůžka
- naučit pacienta, jak bezpečně měnit polohu v lůžku
- zamezit vzniku otlaků a dekubitů

Realizace:

Nejprve jsem vysunula postranice v horní části, s jejichž pomocí se pacient měl začít otáčet a které zároveň bránily pádu nemocného z lůžka. Poté jsem s pacientem vyzkoušela otáčení na obě strany. Tento praktický nácvik mi také umožnil vysledovat optimální umístění nočního stolku, signalizačního zařízení, pití a dálkového ovladače k lůžku.

Vzhledem k tomu, že nemocný většinu dne trávil vsedě v lůžku, byla nutná kontrola pokožky, zejména míst vystavených největšímu tlaku. Paty jsem podložila molitanovými kolečky a spolu se sakrální oblastí je promazávala olejem. Žáda jsem dle přání pacienta ošetřovala mentolovým krémem. Prostěradlo lůžka jsem udržovala napnuté.

Nemocnému jsem vysvětlila nutnost co nejčastějšího otáčení z boku na bok, vzhledem k jeho stavu jsem vyzdvihla nebezpečí vzniku otláčenin a dekubitů.

Hodnocení:

Pacient byl schopen otočit se na lůžku z boku na bok bez pomoci personálu a podat si sám hrneček s pitím. Pan B. byl spokojen sám se sebou, že zvládl novou dovednost a mohl se aktivně podílet na prevenci vzniku dekubitu.

6.4.5. Porucha sebezpečí v oblasti osobní hygieny z důvodu omezené pohyblivosti

Cíl:

pacient bude mít po celý den pocit pohodlí, bude vykoupaný a učesaný

Plán:

- zhodnotit, zda zdravotní stav pacienta umožňuje celkovou koupel mimo lůžko
- zajistit bezpečnost při koupeli
- zajistit dosažitelnost hygienických pomůcek během hygieny
- respektovat soukromí nemocného

Realizace:

V důsledku aktuálního zhoršení celkového stavu jsem se s pacientem dohodla, že hygienickou péči budeme tento den provádět pouze na lůžku. Zubní kartáček, pastu, emitní misku, ručník a umyvadlo dle přání pacienta s vlažnou vodou jsem připravila k lůžku na dosah pacienta. Dutinu ústní, ruce a horní část trupu si pacient zvládl umýt sám, poté jsem provedla toaletu zad a dolní poloviny těla. Zvýšenou péči jsem věnovala okolí konečníku. Pan B. trpěl už několik dnů průjmami, proto bylo nutné udržovat tuto oblast čistou, v suchu a ošetřovat ji ochranným krémem.

Hodnocení:

Pacient nebyl příliš spokojen s koupelí v lůžku. Vyjádřil přání, abychom mu ihned, jakmile to jeho stav dovolí, umožnili osprchovat se vsedě v koupelně.

Pokožka v okolí řitního otvoru zůstala neporušena.

6.4.6. Riziko pádu z důvodu zhoršené mobility pacienta

Cíl:

zabránit pádu a úrazu

Plán:

- poučit nemocného o nebezpečí pádu či úrazu

- vhodně upravit lůžko a jeho okolí
- označit lůžko a dokumentaci rizikového nemocného

Realizace:

Pacient byl vzhledem k progresi svého stavu rozhodnut dnes neopustit lůžko. Ponechala jsem postranice v horní části lůžka zdvihnuté, což usnadnilo pohyb a soběstačnost pacienta v lůžku. Signalizační zařízení je trvale umístěno na dosah nemocného.

Nemocný dnes veškeré činnosti, jako je hygienická péče, stravování a četba, prováděl v lůžku.

Identifikační náramek, lůžko pacienta a jeho dokumentaci jsem označila červeně, což znamená riziko pádu pacienta.

Zhodnocení:

Pan B. po celou dobu hospitalizace neupadl ani si nezpůsobil úraz. S rizikem pádu je srozuměn, uvědomuje si reálné možnosti svého pohybu pro dnešní den. Doufá, že jeho stav se brzylepší.

6.4.7. Nebezpečí vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů

Cíl:

pacient nebude ohrožen infekční komplikací vzniklou na podkladě zavedení CŽK a PMK

Plán:

- 1krát denně převazovat zavedený CŽK a místo vpichu po punkci ascitu za dodržení sterilního postupu
- sledovat, zda se v okolí CŽK a místa vpichu po evakuační punkci ascitu neobjevují místní známky zánětu
- sledovat, zda nedochází k vzestupu tělesné teploty pacienta
- v případě vzestupu TT nad 38°C uvědomit lékaře, dle ordinace případně odstranit zavedené invaze a odeslat jejich část na bakteriologické vyšetření

- dbát o správnou polohu stomického sáčku a destičky, jenž slouží k záchytu odcházejícího ascitu z místa vpichu po evakuační punkci
- sledovat průchodnost PMK, dotazovat se pacienta na případné nepříjemné pocity související se zavedením katetru

Realizace:

Po řádném umytí rukou a použití roztoku k chirurgické dezinfekci rukou jsem pomocí sterilních nástrojů očistila okolí CŽK roztokem 3% peroxidu vodíku, k dezinfekci použila roztok Betadiny, ponechala zaschnout a poté přelepila Mefixem. Infúzní linky nerozpojuji, sety určené pro parenterální výživu jsou měněny každých 24 hodin.

Pacient má dvojdílný stomický systém, což znamená destičku a sáček zvlášť. Destička stomického sáčku je funkční, nebylo třeba výměny. Odpad z místa vpichu je minimální, sáček ponechán původní. Okolí vpichu je klidné, bez známek lokálního zánětu.

Permanentní katetr je funkční, ponechán beze změn.

Zhodnocení:

CŽK, PMK a okolí vpichu po punkci ascitu nevykazují známky zánětu, pacient nemá zvýšenou teplotu. CŽK i PMK jsou funkční. V souvislosti se zavedeným permanentním katetrem pacient neguje jakékoliv problémy.

7. Edukace pacienta o prevenci pádu a případného zranění

Vzhledem ke zhoršení celkového stavu pana B. jsem v ošetrovatelské anamnéze aktualizovala skóre číselně vyjadřující riziko pádu. Výsledné skóre bylo 3 body (potřebuje pomoc k pohybu-1b, vyžaduje pomoc při vyprazdňování-1b, užívá léky ze skupiny diuretik-1b), což pro pacienta znamená riziko pádu. O tomto nově vzniklém riziku jsem nejprve informovala ostatní členy ošetrovatelského týmu. Poté jsem označila dokumentaci, lůžko a identifikační náramek pacienta červeně (riziko pádu) a přistoupila k edukaci pacienta.

Panu B. jsem vysvětlila, že označení jeho identifikačního náramku a lůžka červenou barvou je informace pro ostatní personál, že u tohoto pacienta došlo ke změně zdravotního stavu a je zde zvýšená pravděpodobnost pádu.

S pacientem jsem dále hovořila o tom, co je příčinami změn jeho stavu. Shodli jsme se na dušnosti, zvětšujících se otocích dolních končetin, narůstajícím objemu břicha a bolestech zad. Dále jsem panu B. připomněla, že má nízký tlak a nově naordinované léky, které mohou zapříčinit kolaps.

Pacientovi jsem vysvětlila jednotlivé kroky, potřebné pro bezpečné samostatné posazování v lůžku a zdůraznila, aby při jakémkoliv problému či nejistotě spojené s pohybem neváhal a použil signalizační zařízení, jenž má trvale umístěné na dosah ruky.

Nemocného jsem informovala také o tom, co následuje po pádu pacienta. Nejprve je informován lékař, jenž pacienta vyšetří a dle jeho stavu naordinuje vyšetření, nutná k vyloučení zranění vzniklých při pádu. Poté lékař a sestra událost zaznamenají do dokumentace pacienta a odešlou Hlášení o mimořádné události.

Na závěr jsem se pacienta otázala, jestli všem informacím porozuměl či zda potřebuje některé zopakovat. Pacient dle svých slov vše pochopil, ví, že jeho pohyblivost je dnes zhoršená a uvědomuje si, že pád by jeho zdravotnímu stavu neprospěl. Rád využije pomoc ošetrovatelského personálu, ale zároveň chce zůstat co nejvíce samostatným.

8. Hodnocení psychických potřeb pacienta

Pan B. je hospitalizován poprvé. Nečekal, že jeho stav bude vyžadovat pobyt na lůžkovém oddělení a následně na oddělení jednotky intenzivní péče. Z těchto důvodů má při sobě pouze občanský průkaz, průkaz pojištěnce, mobilní telefon a menší finanční hotovost. Je v rozpacích, že nemá své vlastní pyžamo a osobní hygienické potřeby. Bohužel nemá nikoho, kdo by mu je z jeho bytu donesl.

Svou nemocí je překvapen, vše mu připadá velmi náhlé. Současně je rád, že se jeho zdravotní problémy řeší hned. Je rozhodnutý dodržovat léčbu a všechna doporučení lékařů. Také je udiven, že má jaterní cirhózu, když dle svých slov pije pouze 1-2 piva denně.

V nemocnici se cítí dobře. Samozřejmě by byl raději doma a chodil do práce, ale je spokojený s ochotou personálu, stravou i možností sledovat televizi. Zavedení PMK a CŽK snáší dobře, chápe to jako nutnou součást léčby.

Pacient je otevřený a upřímný v otázkách i odpovědích. Odpovídá stručně, jednoduše, bez zaváhání. Neostýchá se znovu si ujasnit pokyny nebo doporučení, která pro něho nebyla úplně srozumitelná.

Pan B. je většinu času v dobré náladě. Dnes do popředí vystoupily somatické obtíže. Pacient se přesto snaží spolupracovat, nejeví známky rozmrzelosti. Popisuje své problémy, ale chce mít čas pro sebe na přemýšlení o svém zdravotním stavu. Není si jistý, zda chce dnes zakoupit denní tisk (obvykle čte každý den).

Nemocný pevně věří ve své uzdravení. Má důvěru v léčbu i personál, trvalé zhoršení zdraví nebo smrt si nepřipouští a o smrti hovořit nechce – považuje to za rouhání. Kromě návratu domů a do práce žádné další plány nemá.

9. Závěr

Práce je věnována případové studii ošetrovatelské péče o pacienta s jaterní cirhózou.

V klinické části se věnuji anatomii a fyziologii jater a uvádím základní charakteristiku jaterní cirhózy. Závěr klinické části je věnován základním údajům o nemocném, průběhu hospitalizace a farmakoterapii pacienta.

V ošetrovatelské části jsem vypracovala ošetrovatelskou anamnézu a podle potřeb nemocného stanovila ošetrovatelské diagnózy k 4. dni hospitalizace. Dále zmiňuji edukaci pacienta a hodnotím jeho psychické potřeby v souvislosti s hospitalizací.

Pacient byl na našem oddělení hospitalizován krátce a přes plnou léčbu svého onemocnění 5. den hospitalizace zemřel. Některé ošetrovatelské cíle se mi nepodařilo splnit. Přesto mohu konstatovat, že lékařský i ošetrovatelský tým pomohl zkvalitnit poslední dny života nemocného a zajistil mu důstojné umírání, ve kterém pan B. nezůstal sám.

Seznam použitých zkratek

ALT	alaninaminotransferáza
APTT	aktivovaný protrombinový čas
AST	aspartátaminotransferáza
CNS	centrální nervový systém
CRP	C-reaktivní protein, zvýšený u zánětů a malignit podobně jako FW
CŽK	centrální žilní katetr
FW	sedimentace erytrocytů (podle pánů Fohreuse a Westergreena)
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza, enzym zvýšený u cholestázy
HCO₃	hydrogenuhličitan – kyselina uhličitá
HCV	virus vyvolávající hepatitidu typu C
Inj.	injekční forma léku
INR	test hemokoagulace, protrombinový čas, dříve Quick, norma 0,8- 1,2
i. v.	intravenózně, nitrožilně
KO	krevní obraz
KPa	kilopascal
mmol	milimol
NÚ	nežádoucí účinky
PAD	perorální antidiabetika
pCO₂	parciální tlak oxidu uhličitého
pH	záporný dekadický logaritmus koncentrace vodíkových iontů
PMK	permanентní močový katetr
pO₂	parciální tlak kyslíku
tbl.	tableta
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
μmol	mikromol
μkat	mikrokatal

Seznam použité literatury

1. Adámková Korbuthová, D.: Stent k zastavení krvácení z jícnových varixů. Sestra, 2007, roč. 17, č. 10, s. 27.
2. Anonymní alkoholici. Alcoholic Anonymous World Services, Inc. Printed in USA 1996. ISBN 0-916 856-28-3.
3. Baird Saunorus, M., Keen Hicks, J., Swearingen L., P.: Manual of critical care nursing. 5. ed. Printed in US 2005, s. 417-427. ISBN 0-323-02657-5.
4. Brodanová, M., Anděl M.: Infúzní terapie, parenterální a enterální výživa. Praha: Grada 1994. ISBN 80-85 623-60-9.
5. Dítě, P. et al: Základy digestivní endoskopie. Praha: Grada 1996. s.89 – 94. ISBN 80-7169-237-9.
6. Doenges, E. M., Moorhouse, F.,M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada 2001. ISBN 80-247-0242-8.
7. Ehrmann, J. jr., Schneiderka, P., Ehrmann, J.: Alkohol a játra. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1048-X.
8. Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně. Praha: Galén 1997. ISBN 80-85824-60-4.
9. Kapounová, G.: Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247- 1830-9.
10. Krška, Z., Zavoral, M. et al.: Krvácení do gastrointestinálního traktu. Praha: Triton 2007. s. 32-36, 139-154. ISBN 978-80-7254-994-8.
11. Kubíková, P., Otcová, V.: Péče o pacienta s akutním krvácením z jícnových varixů. Sestra, 2009, roč. 19, č. 02, s. 34-35.
12. Kutnohorská, J.: Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-2069-2
13. Mačák, J., Mačáková, J.: Patologie. Praha: Grada 2004. ISBN 80-247-0785-3.
14. Mikro-verze AISLP, 2006. 1. pro MS Windows
15. Mikula, J., Müllerová, N.: Prevence dekubitů. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
16. Nogová, S.: Alkoholismus. Sestra, 2008, roč. 18, č. 05, s. 30-31.

17. Nováková, I., Kozáková, I.: Endoskopická léčba jícnových varixů. Sestra, 2009, roč. 19, č. 02, s. 35-36.
18. Pavlíková, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada 2006. ISBN 80-247-1211-3.
19. Rokyta, R. et al: Fyziologie. Praha: SV nakladatelství 2000. s. 144-148. ISBN 80-85866-45-5.
20. Rokyta, R., Marešová, D., Turková, Z.: Somatologie 1. a 2. Praha: Eurolex Bohemia 2003. s. 155 – 158. ISBN 80-86432-49-1.
21. Silbernagl, S., Lang, F.: Atlas patofyziologie člověka. Praha: Grada 2001. s. 169-175. ISBN 80-7169-968-3.
22. Smith, T.: Encyklopedie lidského těla. Praha: Fortuna print 2005. s. 160. ISBN 80-7309-368-5.
23. Sofaer, B.: Bolest. Příručka pro zdravotní sestry. Praha: Grada 1997. ISBN 80-7169-309-X.
24. Staňková, M.: České ošetrovatelství 1: Koncepce českého zdravotnictví. Základní terminologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1998. ISBN 80-7013-263-9.
25. Staňková, M.: České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Brno – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2004. ISBN 80-7013-270-1.
26. Staňková, M.: České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1999. ISBN 80-7013-282-5.
27. Staňková, M.: České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 1999. ISBN 80-7013-283-3.
28. Staňková, M.: České ošetrovatelství 6: hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2001. ISBN 80-7013-332-6.

29. Staňková, M.: České ošetrovatelství 11: Sestra-reprezentant profese. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2002. ISBN 80-7013-368-6.
30. Šafránková, A., Nejedlá, M.: Interní ošetrovatelství 1. Praha: Grada 2006. s. 244-254. ISBN 80-247-1148-6.
31. Šperl, J., Fraňková, S.: Léčba refrakterního ascitu u cirhotiků. Remedia 2007, roč. 17, č. 04, s. 329-331.
32. Špičák, J.: Farmakoterapie portální hypertenze. Remedia 2007, roč. 17, č. 04, s. 323-326.
33. Trachtová, E. et al.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2006. ISBN 80-7013-324-4.
34. Vondráček, L., Wirthová, V.: Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.
35. Woititzová, J.: Dospělé děti alkoholiků. Praha: Columbus 1998. ISBN 80-85928-73-6.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Stavba jater

Příloha č. 2: Stavba jaterního lalůčku

Příloha č. 3: Portosystémové kolaterály při portální hypertenzi

Příloha č. 4: Skórovací kritéria tíže jaterní cirhózy

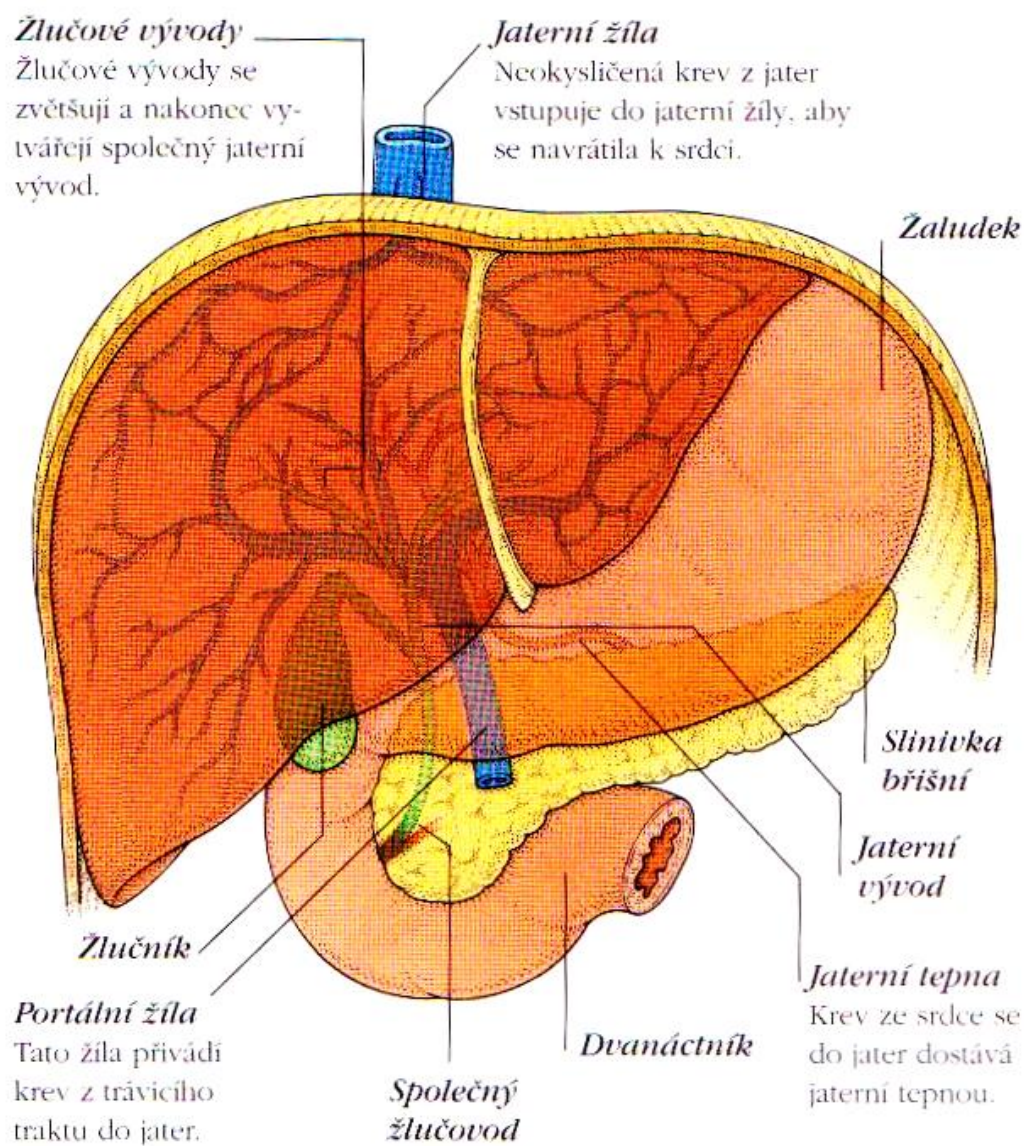
Příloha č. 5: Barthelův test všedních činností

Příloha č. 6: Hodnocení rizika vzniku dekubitu podle Nortonové

Příloha č. 7: Škála bolesti

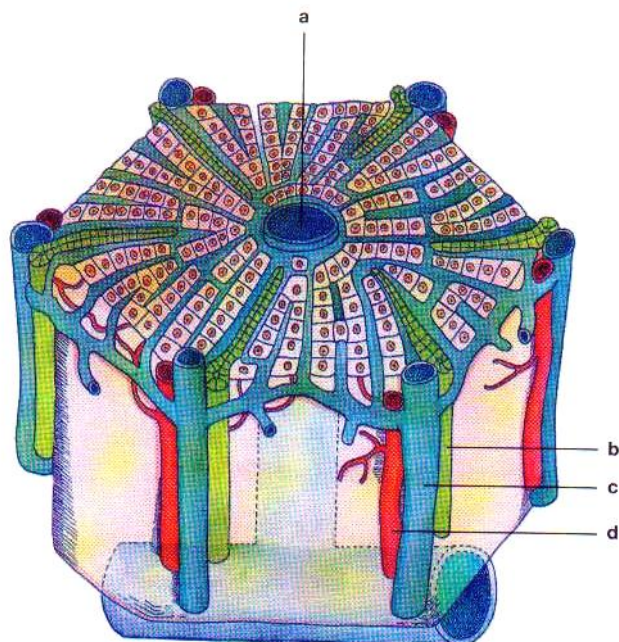
Příloha č. 8: Příklad diety užívané při onemocnění jater

Příloha č. 1 – Stavba jater



Zdroj: Seznam použité literatury (20, str. 156)

Příloha č. 2 – Stavba jaterního lalůčku



Obr. 9b Stavba jaterního lalůčku

a – centrální žíla

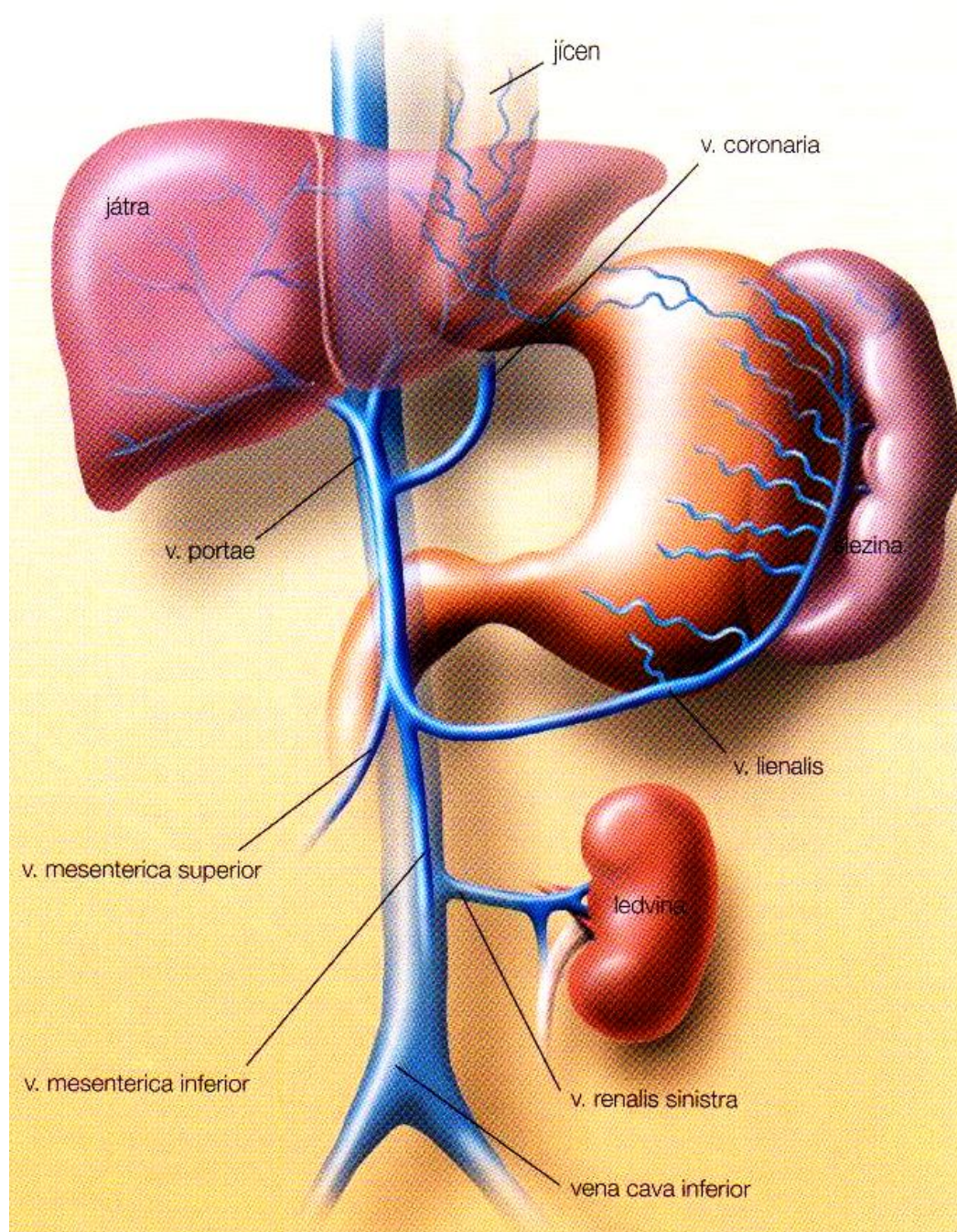
b – mezilalůčkový žlučovod

c – větévka z vrátnicové žíly

d – větévka z tepny jaterní

Zdroj: Seznam použité literatury (20, str. 157)

Příloha č. 3 – Portosystémové kolaterály při portální hypertenzi



Zdroj: Seznam použité literatury (32, str. 325)

Příloha č. 4 – Skórovací kritéria tíže jaterní cirhózy

Tab. 12 *Childova-Pughova skórovací kritéria tíže jaterní cirhózy*

Klinické/biochemické nálezy	Získané body		
	1	2	3
Encefalopatie	není	1.–2. st.	3.–4. st.
Ascites	není	malý	velký
Bilirubin (mg/100 ml)	1–2	2–3	více než 3
Bilirubin (μmol/l)	méně než 34	34–51	více než 51
Bilirubin u PBC* (mg/100 ml)	1–4	4–10	více než 10
Bilirubin u PBC* (μmol/l)	méně než 68	68–170	více než 170
Albumin (g/l)	více než 35	28–35	méně než 28
Protrombinový čas INR	méně než 1,6	1,6–2,0	více než 2,0

*PBC – primární biliární cirhóza

Childovo-Pughovo skóre vyjádřené v bodech:

A = 5–6 bodů

B = 7–9 bodů

C = 10–15 bodů

Zdroj: Seznam použité literatury (7, str. 87)

Příloha č. 5 – Barthelův test všedních činností

Tab. 1 *Barthelův test základních všedních činností [216]*

Činnost		Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	koupání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
4.	osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
5.	kontinence	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		inkontinentní	0
6.	kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		inkontinentní	0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení testu:

0–40 bodů – vysoká závislost, 45–60 bodů – závislost středního stupně, 65–95 bodů – lehká závislost, 100 bodů – nezávislost

Zdroj: Seznam použité literatury (9, str. 22)

Příloha č. 6 – Hodnocení rizika vzniku dekubitu podle Nortonové







Tab. 22 *Hodnocení podle Nortonové – 25 bodů a méně riziko vzniku dekubitu*

<i>Spolu-práce</i>	<i>Věk</i>	<i>Stav pokožky</i>	<i>Další nemoc</i>	<i>Fyzický stav</i>	<i>Stav vědomí</i>	<i>Akti-vita</i>	<i>Pohyb-livost</i>	<i>Inkon-tinence</i>	<i>Body</i>
úplná	< 10	normální	žádná	dobrý	dobrý	úplná	chodí	není	4
malá	< 30	alergie	DM, TT	horší	apatický	s doprovodem	částečná	občas	3
částečná	< 60	vlhká	obezita	špatný	zmatený	sedačka	omezená	moči	2
žádná	> 60	suchá	nádor	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moči i stolice	1

Zdroj: Seznam použité literatury (9, str. 127)

Příloha č. 7 – Škála bolesti

Vyberte číslo od 0 do 10, které nejlépe odpovídá vaší bolesti

bez bolesti	znervózňující bolest				nesnesitelná bolest
0	2	4	6	8	10
					
0	2	4	6	8	10

Popište:
intenzitu – lokalizaci – začátek – dobu trvání – změny

Zdroj: Seznam použité literatury (9, str. 326)

Příloha č. 8 – Dieta

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
PRAHA
Oddělení léčebné výživy
Nutriční terapie (Dietní sestry)
Tel: 973 202 804

ŽLUČNÍKOVÁ DIETA, DIETA S OMEZENÍM TUKU

Podává se při chronických zánětech žlučníku, při žlučnickových kamenech, po akutních zánětech žlučníku - asi po 2. týdnu vzplanutí choroby, při onemocnění jater, v chronických stadiích pankreatitidy.

Tato dieta je s omezením tuků, nedráždívá, nenadýmavá.

- 1/ omezujeme pokrmy, které zasahují rušivě do činnosti žlučníku jako například vaječné žloutky, vnitřnosti (játra, brzlík, ledvinky, mozeček), tuky.
Proto z tuků povolujeme pouze čerstvé máslo nebo olivový olej, které přidáváme až do hotových pokrmů v dávce 30- 40g denně.
- 2/ při dodržování této diety podáváme mléko a mléčné výrobky podle individuální snášenlivosti.
Nepodáváme vejce jako samostatný pokrm. Lze je použít pouze k přípravě pokrmů 1/3 až 1/4 na osobu (bílký možno použít bez omezení).

- puddinků nebo nákyků - mrkev, celer, petržel, chřest, špenát, červená řepa, hlávkový nebo ledový salát; kyselíme mírně citronem nebo kyselinou citronovou
- d) **ovoce**: dobře vyzrálé, bez slupek a zrníček - jablka, meruňky, broskve, pomeranče, citrony, banány, jinak podáváme kompoty, ovocné šťávy a pyré
- e) **nápoje**: slabý čaj, bílá obilná káva (melita), ředěné ovocné šťávy a mošty
- f) **příkrmy**: brambory, těstoviny, bílá rýže, jemné knedlíky (v nichž je část vaječných žloutků nahrazena bílkem), noky
- g) **maso**: libové hovězí, libové vepřové, libové telecí, jehněčí, kůzlečí
- ryby**: pstruh, štika, okoun, rybí filé, kapr,
- drůbež**: kuře bez kůže, krůta bez kůže, holub, králík
- h) **moučníky**: ovocný kysel, piškotové řezy s bílkovou pěnou, s nastaveným krémem, zavařeninou, ovocným pyré, mléčný pudink s ovocem, bílkový chlebiček, žemlovka s jablky, piškotová bublanina, piškotový závin, citrónový chlebiček, (moučníky z kynutého, křehkého, listového, těsného těsta nejsou povoleny)

Předpis na jemné knedlíky:

- 3/ k zahuštění pokrmů nepoužíváme jíšky, ale mouku opraženou nasucho (mouka nesmí být tmavá), zálivkou (mouka rozmíchaná ve vodě nebo v mléce) či pouze zaprášime.
- 4/ technologická úprava: vaření, dušení, pečení bez tuku, (smažení a pečení na tuku není povoleno)
- 5/ Doporučujeme jíst 5x denně (snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře) Jíme pravidelně, vždy ve stejnou dobu. Jídlo má být vždy teplé, čerstvé, neohříváme. Přísnější dietu dodržujeme po dobu 6 měsíců, podle stavu a průběhu rekonvalescence a podle rady lékaře.

Nevhodné pokrmy

- a) sádlo, slanina, žloutky, přepálené máslo, majonéza, smažené pokrmy, jíška
- b) tučná masa, uzeniny (kromě drůbežích), nakládaná masa, uzené maso, grilované maso, polotovary již naložené do směsi koření, husa, kachna, skopové maso, zvěřina, vnitřnosti, konzervy, tučné ryby (uzený losos, úhoř)
- c) tučné mléko a mléčné výrobky, většina tvrdých sýrů (nad 30% tuku), zrající sýry (Hermelin, Niva)
- d) zelenina kapusta, okurky čerstvé i nakládané, cibule, česnek, starší kedlubny, zeli, ředkvičky, kukuřice,

150g veku, 30g hrubé mouky, 1 vejce, 10g másla, 150g mléka.
Nakrájenou veku navlhčíme mlékem, přidáme utřené žloutky s máslem, z bílků sníh a s moukou promícháme. Hmotu vtlačíme do vymaštěného porcelánového hrnku, povážeme papírem. Vložíme do hrnce s vroucí vodou, vaříme 20 minut pod pokličkou.

Ukázkový jídelní lístek:

1.
SN: bílá káva, 10g másla, rohlík, přibínáček
Př: jablko
OB: polévka rajská s kapáním
dušené kuře, bramborová kaše, mrkvový salát
SV: mléčný pudink s ovocem
V : hovězí kostky v zelenině, brambory
2.
SN: čaj, rohlík, 10g másla, šunka
Př: pomeranč
OB: polévka vložková lisovaná
Vepřový přírodní plátek, rýže, kompot
SV: rohlík, mléko
V : dušené rybí filé s citronem, brambory, 10g másla, hlávkový salát

- papriky, houby, rajčata
- e) nezralé tvrdé ovoce, ovoce se zrníčky (angrešt, rybíz, kiwi, jahody, maliny)
- f) koření: paprika, pepř, hořčice, kapary, ocet, maji, sojová omáčka a další
- g) všechny luštěniny
- h) kynuté těsto, listové a linecké těsto, čokoláda a kakao ve větším množství, cukrářské výrobky s máslovými krémy,
- ch) silná zrnková káva, alkohol všeho druhu, ledové nápoje, zmrzlina,
- i) nápoje sycené CO₂, knedlíky kypřené droždím
- j) černý chléb (Graham, slunečnicový), dalamanáky a jiné druhy tmavého pečiva

Vhodné pokrmy

- a) **koření**: petržel, pažitka, kopr - na zlepšení chuti, šťáva z rajských jablek, malé množství muškátového květu (oríšek) a kůra z pomerančů nebo citronů
- b) **mléko**: dle osobní snášenlivosti; většinou kyselé mléko a zakysané mléčné výrobky jsou u pacientů lépe snášeny; tvaroh je vhodný k přípravě pokrmů, sýry jsou povoleny netučné, nearomatické, nezrající
- c) **zelenina**: je vhodným doplňkem diety, zařazujeme ji pokud možno denně, podává se vařená, dušená, formou

3.
SN: čaj šípkový, piškotová bábovka
Př: čaj, rohlík, 10g másla
OB: polévka zeleninová s kapáním
telecí pečené, špenát, jemný knedlík
SV: ovocný kysel meruňkový
V : šunkový salát, 10g másla, rohlík, jablko
4.
SN: bílá káva, 10g másla, rohlík, Sýrová pomazánka
Př: pomeranč
OB: polévka hovězí s krupicí
nudlový náky s šunkovým salámem
broskev
SV: mléko, rohlík
V : hovězí závitky, rýže, kompot
5.
SN: čaj, rohlík, 10g másla, ovocný jogurt
Př: grep
OB: polévka špenátová s bílkovou sedlinou
sekaná pečeně - doma dělaná, bramborová kaše, 10g másla, mrkvový salát s citronem
SV: ovocný salát
V : tvarohové knedlíky s ovocem, Moučkový cukr
6.
SN: bílá káva, rohlík, 10g másla, Salám drůbeží,
Př: mandarinka

OB: polévka hovězí s rýží
Hovězí na rajčatech, těstoviny, sýr na
syp., kompot
SV: mléko, piškoty
V :zeleninové risoto s vepřovým masem

Zpracoval nutriční terapeut: I. Khauerová

Garant: I. Khauerová

7.
SN: ovocný nebo zelený čaj, citronový
chlebiček
Př: čaj, rohlík, 10g másla
OB: polévka s masem a zeleninou
Vepřová pečeně, dušená mrkev,
brambory
SV: šlehané žervé s džemem
V :Lučina, 10g másla, vecka, mandarinka

Doporučená literatura:

Edice Dieta – svazek 12
Nemoci žlučníku a žlučových cest – dieta a
rady lékaře (MUDr. Marečková, O.
Mengerová)
Lze objednat:
Nakladatelství Pavla Momčilová
V zahrádkách 146
Čestlice
251 70
tel.: 272 68 09 19
mail: momcilova@volny.cz

Edukační materiál Oddělení nutriční léčby v ÚVN